



VERSORGUNGSNETZWERKE

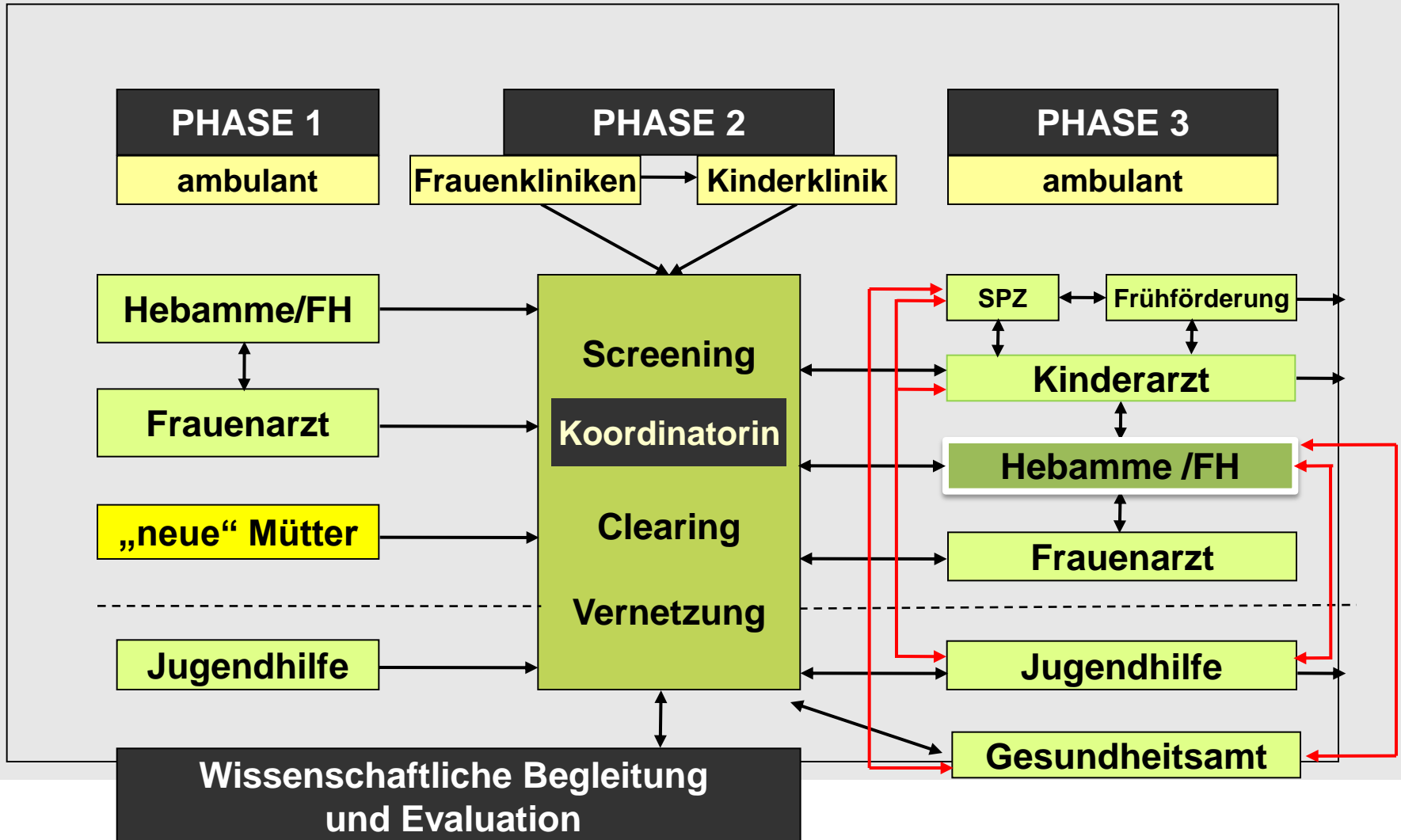
Netzwerk Kinderzukunft

Sektorübergreifende Versorgung am Setting Geburtsklinik

Ausschuss Familie und Gesundheit

(22.02.2017 öffentlicher Teil)

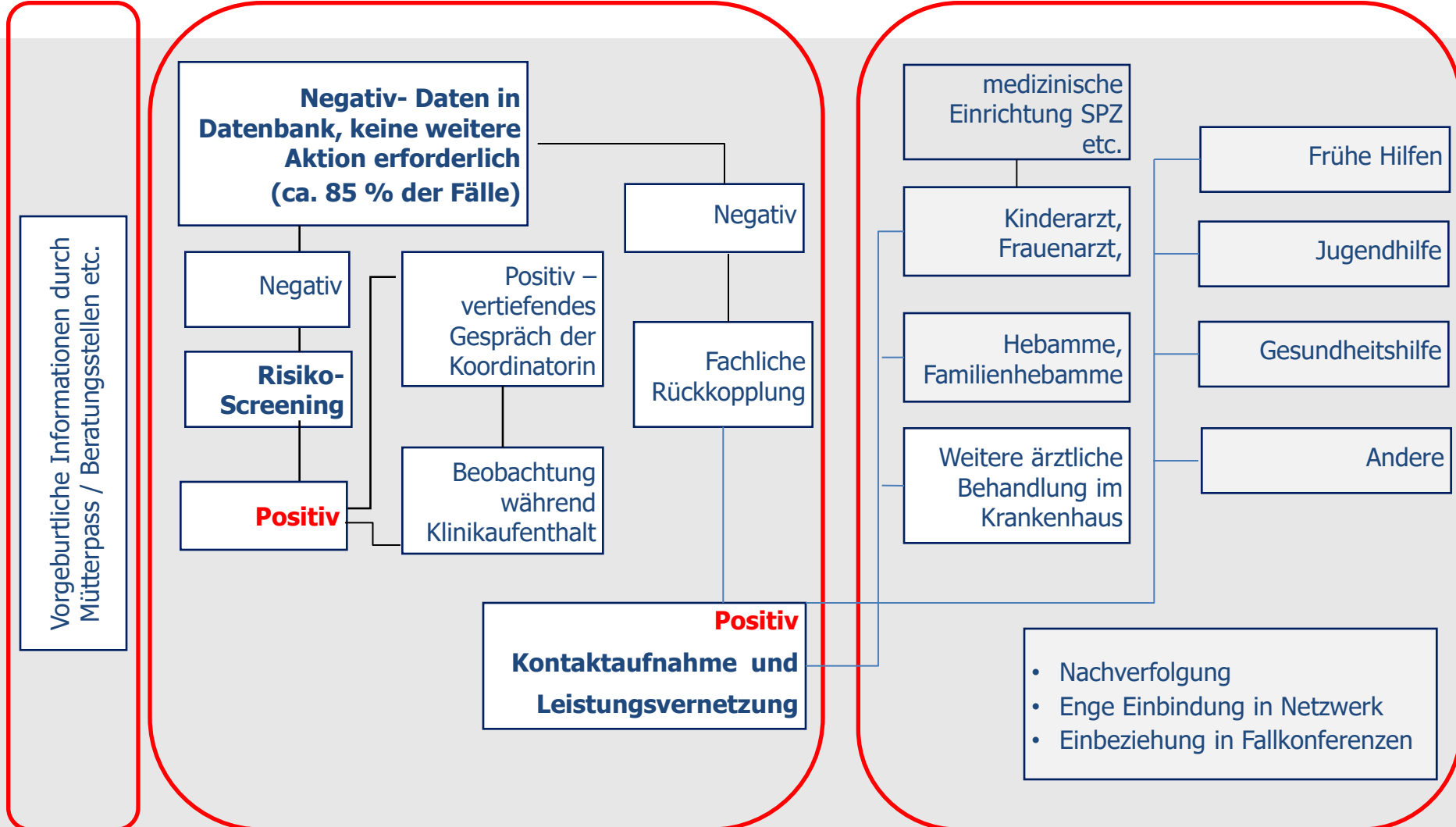
- Frühzeitiges Erkennen von psychosozialen und gesundheitlichen Belastungs- und Risikofaktoren aus dem Gesundheitsbereich heraus.
 - Unterstützung schon vor dem Entstehen von Gefährdungen präventiv anbieten.
 - Einsatz eines validen Inventars (Screening, Überleitung, Nachverfolgung, Fallmanagementsystem)
 - Produktionsnetzwerke auf- und ausbauen.
- ➔ Ressourcen qualitätsgesichert und abgestimmt in lokalen Hilfesystemen bereit stellen.



Basiselemente

- Einsatz einer qualifizierten Koordinatorin
- Screening und Nachverfolgung bis zum 3 Lebensjahr
- Verbindliche Kooperation und definierte Prozesse zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe in Netzwerk Kinderzukunft (in vertraglichen Strukturen)
- Technische Ausstattung (Erfassung durch Mikrosystemtechnik und Fallmanagementsystem)
- Fachaufsicht (vier Augenprinzip)
- Fallbesprechungen / Jour Fix

Vom Projekt zur Versorgung / KiZu mit Geburtsklinik



- Einsatz eines abgestimmten, einheitlichen Risikoinventars
- Entwicklung und Anwendung eines Pathway als Leitlinie „Kinderschutz im Spannungsfeld von Medizin und Jugendhilfe“
- Fallmanagementunterstützungssystem zur regionsübergreifenden Erfassung der Fälle und des Angebotes früher Hilfen, Controlling und Beratung für die Standorte
- Aufbau eines Registers mit ressortübergreifendem Berichtswesen und Entwicklung eines Systems zur Evaluation der Kostenstrukturen

Risikoscreening

- Alle Fälle werden in der Geburtshilfe gescreent, Mütter mit besonderen psychosozialen und gesundheitlichen Belastungen herausgefiltert.

Vorteil

- Umfassend
- systematisch
- Standardisiert
- Relativ schnell durchführbar
- Geringer Schulungsbedarf

1.4	Alter der Mutter:	36
1.5	Geburtsdatum des Kindes:	05/11/15

B. Grunddaten der Familie	
Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Krankenversicherung nicht vorhanden !
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Minderjährige Mutter zum Zeitpunkt der Geburt
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Alleinstehend, lebt mit Kind /-ern allein im Haushalt
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Bereits 1 Kind im Haushalt bei mütterlichem Alter <21 Jahren zum Zeitpunkt der Geburt
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Mutter ist in einem Heim und/oder eine Pflegefamilie aufgewachsen
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Wohnsituation: Obdachlos / betreut wohnend !
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sprachliche und soziale Kommunikation mit der Mutter nicht möglich
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Status: Flüchtling

E. Jetzige Schwangerschaft und Geburt	
Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Mutterpass existiert nicht !
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schwangerschaftsvorsorge – erstmalig nach 20 SSW
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schwangerschaftsvorsorge – weniger als 5 bei Geburt
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Erhöhte Anforderungen durch Mehrlinge
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> In der U1/U2 erkannte Syndrome oder neonatal erworbene Erkrankungen mit mittel oder langfristige Konsequenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mutter erscheint sozial isoliert
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Auffälligkeiten in der Mutter-Kind Beziehung !
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Es bestehen Bedenken bei der Entlassung !

C. Gesundheit von Mutter, Vater und Kind	
Ja	Nein
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nikotinkonsum in der Familie / bei Haushaltsangehörigen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abusus (Tabletten, Drogen, Alkohol) in der Schwangerschaft !
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bei Vater, Mutter oder Geschwister liegen die Lebensqualität beeinträchtigende chronische Erkrankungen vor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bei Mutter oder Vater liegen therapiebedürftige psychische Erkrankungen vor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für Gewalt in der Herkunftsfamilie oder Vorgeschichte der Eltern !
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anzeichen Postpartaler Depression

F. Vorbestehende Kontakte mit Jugendhilfe	
Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Vorbestehende Kontakte mit der Jugendhilfe !
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Eine Meldung nach § 8a wurde übermittelt !
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Inobhutnahmen/Sorgerechtsentzug !
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Überleitung an <u>Frühe Hilfen</u>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Keine unterschriebene Schweigepflichtsentbindung

D. Überforderungen	
Ja	Nein
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Überforderung in Bezug auf: Die finanzielle Situation
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Überforderung in Bezug auf: Die Wohnsituation
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Überforderung in Bezug auf: Die Partnerbeziehung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Überforderung in Bezug auf: Die eigene Belastbarkeit der Mutter (fehlende Bewältigungsmöglichkeit) !

Ausgefüllt am:

05/11/15

Senden

1

Teilnehmerinnenangaben		Martina Mustermann Hauptstr. 10 44623 Heme Geburtsdatum: 31.10.2014
		Zusatzinformation 1
16.11.2014		Zusatzinformation 2
TN-Nummer: HD1 2014.0000476 7		

Überleitungsbogen

I. Folgende Risikofaktoren haben sich bei dem o.a. Fall ergeben: (bitte tragen Sie die Risikoziffern in die nachfolg. gelben Felder ein)

6.1	Mutterpass existiert nicht. Zusatz: unklar	
2.2	Alter Mutter unter 18 Jahren. Zusatz: Oma und Freundin unterstützen	
4.1	Überforderung in Bezug auf die Wohnsituation. Zusatz: 5 Personen in 2 Zimmern	

II. Folgende Schutzfaktoren haben vorgelegen: (zutreffendes bitte ankreuzen)

Positive Mutter-Kind-Interaktion	JA:	<input checked="" type="checkbox"/>	NEIN:	<input type="checkbox"/>	Unterstützung durch Familie, Freunde, u. a.	JA:	<input type="checkbox"/>	NEIN:	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	-----	-------------------------------------	-------	--------------------------	---	-----	--------------------------	-------	--------------------------

III. Die Mutter hat in der Klinik folgende Beratungen bekommen:

- Prophylaxe des plötzlichen Kindstods, ein Flyer wurde mitgegeben
- Aus dem Leistungskatalog der GKV (zutreffendes bitte ankreuzen)
 - Hinweise auf Angebote zur Suchtprävention, Rauchentwöhnung
 - stressreduzierende Maßnahmen, Ernährungsberatung

IV. Folgende Weiterleitung wird empfohlen:

(A = Hebamme, A1 = Familienhebamme, B = Kinderarzt, C = Frauenarzt, D = Gesundheitsamt, E = Jugendhilfe)

Art der Übergabe	Kurzbezeichnung	A	A1	B	C	D	E
		Hebamme	Familienhebamme	Kinderarzt	Frauenarzt	Gesundheitsamt	Jugendhilfe
	Name:	Frau Melehen		Frau Kind		Dr. Schulz	
8.1	Telefon	Datum:		11.11.2014			
8.2	Mali/Fax	Datum:					



Nachverfolgung

- Hebamme
- Kinderarzt
- Frauenarzt
- Jugendamt
- Familienhebamme
- Gesundheitsamt

Nachverfolgungsbogen KinderZUKUNFT NRW

Patientenaufkleber											
Teilnehmerinnen Nr.:											
Alter des Kindes:											
<input type="checkbox"/> Einverständnis liegt vor											
HE	KA	FA	JA	FH	GA	<input type="checkbox"/> HE	<input type="checkbox"/> KA	<input type="checkbox"/> FA	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> FH	<input type="checkbox"/> GA
3. Indikation für den Einsatz aus Risikobogen B, C, D											
4. <input type="checkbox"/> Einsatz ist zustande gekommen											
Anamnese und Beobachtung											
6. <input type="checkbox"/> Risikofaktoren treffen zu											
7. Ergänzung aus dem Stamblatt (welche Risikofaktoren kommen dazu?)											
8. <input type="checkbox"/> Hinweise auf postpartale Depression											
9. <input type="checkbox"/> Hinweise auf Schlaf-, Schreistörungen											
10. <input type="checkbox"/> Hinweise auf Fütterprobleme, Ernährungsprobleme											
11. <input type="checkbox"/> Hinweise auf chronische Krankheit											
12. <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt zurückliegend											
13. <input type="checkbox"/> Hinweise auf häusliche Gewalt											
Vorsorge											
14. <input type="checkbox"/> Beteiligung Vorsorge											
15. <input type="checkbox"/> Eltern / Elternteil bringen das Kind											
17. <input type="checkbox"/> Arztwechsel bei U4											
18. <input type="checkbox"/> Arztwechsel bei U5											
19. <input type="checkbox"/> Arztwechsel bei U6											
Befund											
20. <input type="checkbox"/> altersgemäß entwickelt, Meilensteine erreicht?											
21. unruhig, schreit, falls vorliegend											
24. Verletzungen, falls vorliegend											
25. <input type="checkbox"/> auffällig in der Interaktion (s. Beobachtungsbogen)											
26. <input type="checkbox"/> Ressourcen vorhanden (s. Dokumentationsbogen)											
27. <input type="checkbox"/> Hebamme; Familienhebamme einbezogen											
29. <input type="checkbox"/> Weiterleitung an SPZ, Schreiambulanz, Frühförderung											
31. <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt einbezogen											
32. <input type="checkbox"/> Jugendhilfe einbezogen											
Beratung											
33. <input type="checkbox"/> Plötzlicher Kindstod, rauchfreie Umgebung											
34. <input type="checkbox"/> Hinweise auf präventive Maßnahmen der Krankenkasse											
39. <input type="checkbox"/> Shaken baby syndrome Beratung											
43. <input type="checkbox"/> Angebote siehe Fragebogen der AG Register Jugendamt											
44. <input type="checkbox"/> Inobhutnahme											

Ontaris Fallmanagementunterstützungssystem



Anmeldung KiZu
Fallmanagementunterstützungssystem

Benutzername:

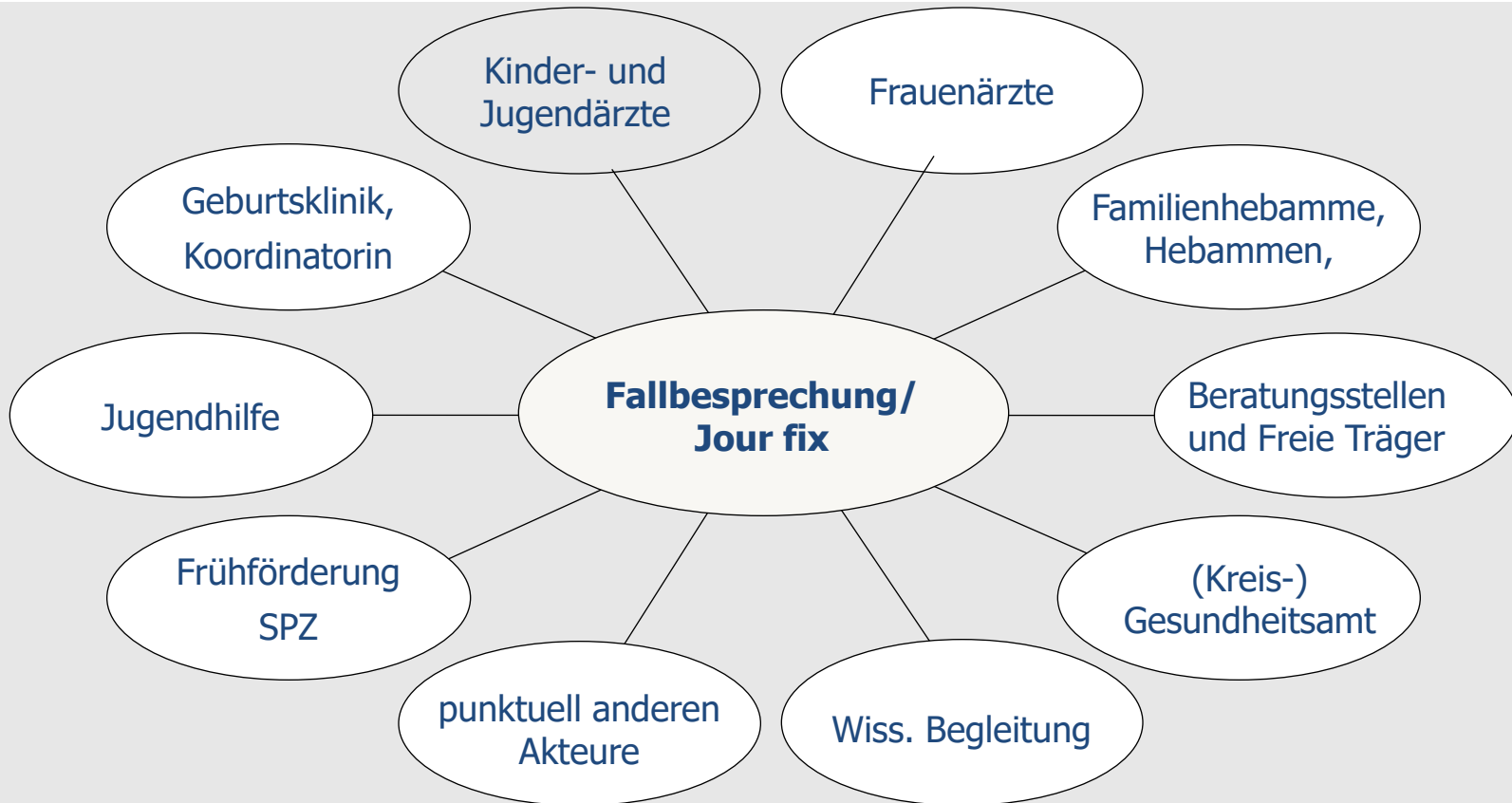
Passwort:

Anmeldung QS / KiZu
Qualitätsmanagementsystem / Qualitätssicherungssystem

Benutzername:

Passwort:

Bei technischen Fragen wenden Sie sich bitte an das CareOnline Service-Center: Tel: 01805 252543



- Verstetigung der Kooperation
- Erkennen der Vorgehensweise und Bewertung
- Aufzeigen von Handlungsmöglichkeiten und Grenzen



**IMO - Institut zur Modernisierung von
Wirtschafts- und Beschäftigungsstrukturen GmbH
Taubenstr. 49, 40724 Hilden**

Fon +49 2103 / 25 89 975 Wegge
Fon +49 2103 / 25 89 976 Rascher

Fax +49 2103 / 25 89 974

Email irascher@imo-institut.de
Email wegge@imo-institut.de

TEAM NETZWERK KINDERZUKUNFT

www.netzwerk-kinderzukunft.de

Schulungen
www.fruehehilfen-nrw.de

